



कर्मचारी राज्य बीमा निगम Employees' State Insurance Corporation

औषधालय तथा प्ररासनिक चिकित्सा अधिकारी को सूचना
INTIMATION TO DISPENSARY AND TO D.I.M.S.

1. बीमाकृत व्यक्ति का नाम
Name of Insured Person.....
2. बीमा संख्या / Insurance No.....
नियोक्ता की कोड संख्या / Employer's Code No.....
प्रवेश की तारीख / Date of Entry.....
3. क्षय रोग दौरे प्रारम्भ होने की तारीख / Date of commencement of T.B. Spell.....
4. (i) बीमाकृत व्यक्ति.....को प्रारम्भ होने वाली हितलाभ अवधि के चालू रहने तक चिकित्सा हितलाभ का हकदार होगा। इसके बाद उसकी पत्रता पुनः निर्धारित की जाएगी।
(ii) The insured person will continue to be entitled to medical benefit till the commencement of the benefit period beginning on.....whereafter his/her eligibility will be redetermined.
(iii) बीमाकृत व्यक्ति.....को प्रारम्भ होने वाली हितलाभ अवधि के चालू रहने तक चिकित्सा हितलाभ का हकदार रहेगा। इसके बाद उसे चिकित्सा हितलाभ नहीं दिया जाएगा।
The insured person will continue to be entitled to medical benefit till the commencement of benefit period beginning on.....whereafter he/she shall be debarred.
(iii) विस्तारित बीमारी हितलाभ का दौर प्रारम्भ होने की तारीख।
Date of commencement of Extended Sickness Benefit spell.

सेवा में / To

उप / सहा निर्देशक / Dy / Asst. Director